

# DISPARITAS SPASIAL ANGKA HARAPAN HIDUP DI INDONESIA TAHUN 2010

Eviana Anggraini  
eviana.anggraini17@gmail.com

Umi Lisyaningsih  
listyaningsih\_umi@yahoo.com

## Abstract

*Health is a basic human need. Healthy body is able to do many activities. Public health can be seen based on Life Expectancy. Differences of characteristics of regions cause differences of Life Expectancy, including in Indonesia.*

*The aims of this research are to know the spatial disparity of Life Expectancy in Indonesia by 2010 and to investigate the most influence factor on Life Expectancy. This research used publication data from Indonesia Ministry of Health (Research Results of Basic Health/ RISKESDAS) and Central Bureau of Statistic (BPS). Those two aims are answered by using comparative spatial analysis and multiple linear regressions, selecting area (province) as the unit of analysis.*

*Study results shows that the west region of Indonesia tends to have Life Expectancy above the national standard, meanwhile the east region of Indonesia tends to have Life Expectancy below the national standard. Environmental factor is the most influence factor on Life Expectancy in Indonesia by 2010. Beta ( $\beta$ ) value of environmental variabel is the highest value (0,408) among the others.*

**Keywords:** *life expectancy, spatial disparity, regression*

## Abstrak

*Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia. Tubuh sehat dapat digunakan untuk melakukan berbagai aktivitas. Derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat berdasarkan Angka Harapan Hidup (AHH). Perbedaan karakteristik wilayah menyebabkan perbedaan AHH, termasuk di Indonesia.*

*Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui AHH di berbagai wilayah Indonesia tahun 2010 dan menyelidiki faktor yang paling berpengaruh terhadap AHH. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data publikasi dari Kemenkes RI (Hasil Riset Kesehatan Dasar/ RISKESDAS) dan Badan Pusat Statistik (BPS). Kedua tujuan penelitian dijawab menggunakan analisis komparasi keruangan dan regresi linier ganda dengan unit analisis wilayah (provinsi).*

*Hasil kajian menunjukkan bahwa wilayah Indonesia bagian barat cenderung mempunyai AHH di atas standar nasional sedangkan wilayah Indonesia bagian timur cenderung di bawah standar nasional. Faktor lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap AHH di Indonesia pada tahun 2010. Nilai beta ( $\beta$ ) variabel lingkungan mempunyai nilai paling tinggi (0,408) jika dibandingkan dengan variabel lainnya.*

**Kata kunci:** *angka harapan hidup, disparitas spasial, regresi*

## PENDAHULUAN

AHH mengindikasikan derajat kesehatan masyarakat dan mencerminkan tingkat keberhasilan pembangunan bidang kesehatan. Semakin tinggi AHH maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik dan hal ini didukung oleh keberhasilan dalam pembangunan bidang kesehatan. Sebaliknya, pembangunan bidang kesehatan yang kurang berhasil berdampak pada rendahnya derajat kesehatan masyarakat sehingga AHH rendah.

Fakta menunjukkan bahwa negara maju mempunyai AHH lebih tinggi dari pada negara berkembang dan negara tertinggal. Negara berkembang mempunyai AHH lebih rendah dari negara maju akan tetapi lebih tinggi dari negara tertinggal. Negara yang mempunyai AHH paling rendah adalah negara tertinggal. Bukti tersebut menggambarkan bahwa kondisi sosial ekonomi suatu negara sangat berpengaruh terhadap besar kecilnya AHH. AHH semakin tinggi apabila kondisi sosial ekonomi negara semakin baik, sebaliknya negara yang mempunyai kondisi sosial ekonomi buruk mempunyai AHH rendah.

Indonesia sebagai negara berkembang mempunyai AHH yang berkisar antara 70-71 selama tahun 2008 sampai tahun 2010. Angka tersebut termasuk dalam kategori sedang jika dibandingkan dengan negara lain di ASEAN karena peringkat AHH Indonesia berada di tengah. Dua negara yang mempunyai AHH tertinggi di ASEAN adalah Singapore dan Brunei. Kedua negara tersebut merupakan negara maju di ASEAN yang mempunyai kondisi sosial ekonomi baik. Sementara itu, dua negara di ASEAN yang mempunyai AHH terendah adalah Timor Leste dan Myanmar. Kedua negara tersebut merupakan negara tertinggal dengan kondisi sosial ekonomi buruk.

Peringkat AHH Indonesia di ASEAN pada tahun 2008 menduduki posisi 6 tepat di bawah Thailand. Pada tahun 2009 Indonesia mengalami peningkatan AHH dan menggeser posisi Thailand sehingga Indonesia berada pada posisi 5. Filipina pada tahun 2010 menggeser Indonesia menjadi posisi 6 karena AHH Filipina mengalami peningkatan dan AHH Indonesia tetap. Posisi AHH negara-negara di ASEAN ini secara tidak langsung

mengindikasikan baik buruknya derajat kesehatan masyarakat.

Tabel Angka Harapan Hidup Negara-Negara di ASEAN Tahun 2008-2010

No	Negara	AHH (e <sub>0</sub> )		
		2008	2009	2010
1	Singapore	81	81	81
2	Brunei	75	77	77
3	Malaysia	74	74	74
4	Vietnam	73	74	74
5	Filipina	69	69	72
6	Indonesia	70	71	71
7	Thailand	72	69	69
8	Laos	61	65	65
9	Kamboja	62	61	61
10	Timor Leste	60	61	61
11	Myanmar	61	61	58
Posisi Indonesia		6	5	6

Sumber : PRB, *World Population Data Sheet*  
Tahun 2008-2010

Hasil sensus penduduk mulai tahun 1971 sampai 2010 menunjukkan bahwa AHH di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Tren peningkatan AHH ini sejalan dengan penurunan angka kematian bayi (AKB). Pada tahun 1967 AHH Indonesia adalah sebesar 45,7 dan kemudian meningkat menjadi 52,2 pada tahun 1976. Selama periode tersebut terjadi peningkatan AHH sebesar 14,2 %. Sedangkan untuk periode 10 tahun terakhir (1996-2006) di Indonesia terjadi peningkatan AHH sebesar 8,1 % yaitu 65,4 pada tahun 1996 dan meningkat menjadi 70,7 pada tahun 2006. Peningkatan AHH secara umum dari tahun 1967 sampai tahun 2006 adalah sebesar 54,7 % (BPS, 2011a).

AHH menurut provinsi di Indonesia berdasarkan data hasil SP1971-SP2010 menunjukkan adanya perbedaan antar provinsi. Wilayah Indonesia bagian barat seperti Provinsi Riau, Bengkulu, DKI Jakarta, Jawa Tengah dan DI Yogyakarta mayoritas mempunyai AHH yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan wilayah Indonesia bagian timur seperti Provinsi Papua, NTB, NTT, Maluku dan Gorontalo. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa AHH di Indonesia mempunyai perbedaan secara keruangan. Di satu sisi terdapat provinsi yang mempunyai AHH tinggi (di atas standar

nasional) akan tetapi di sisi lain terdapat provinsi yang mempunyai AHH rendah (di bawah standar nasional).

Provinsi NTB mempunyai nilai AHH terendah pada periode 1967-1996 dan pada tahun 2006 posisinya digantikan oleh Provinsi Gorontalo. Sedangkan provinsi yang mempunyai AHH tertinggi pada periode 1967-2006 adalah Provinsi DI Yogyakarta dan Provinsi DKI Jakarta (BPS, 2011a).

Tinggi rendahnya AHH di suatu daerah tidak hanya tergantung oleh kondisi sosial ekonominya saja akan tetapi juga dipengaruhi oleh ruang. Setiap ruang mempunyai karakteristik masing-masing baik dari segi lingkungan fisik maupun lingkungan sosial ekonominya. Kondisi lingkungan fisik dan lingkungan sosial ekonomi sangat menentukan keberhasilan pembangunan di suatu daerah termasuk pembangunan dalam bidang kesehatan. Dengan demikian perbedaan ruang dapat menyebabkan perbedaan nilai AHH.

Indonesia yang terdiri dari 33 provinsi mempunyai karakteristik yang khas di setiap provinsi dan tidak dimiliki oleh provinsi lain. Berdasarkan data publikasi BPS, AHH di Indonesia menunjukkan adanya perbedaan antar provinsi. AHH provinsi-provinsi dalam satu pulau nilainya belum tentu sama. Kondisi ini menyebabkan perbedaan AHH di Indonesia menarik untuk dikaji secara keruangan. Oleh sebab itu peneliti mengkaji disparitas spasial AHH di Indonesia tahun 2010.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menjelaskan disparitas spasial AHH di Indonesia tahun 2010 dan untuk membuktikan apakah faktor lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap AHH di Indonesia. Banyak teori yang menjelaskan tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan dan salah satunya adalah teori yang diungkapkan oleh Hendrik L.Blum.

Hendrik L.Blum menjelaskan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Keempat faktor tersebut mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di suatu daerah sehingga secara tidak langsung juga berpengaruh terhadap besar kecilnya AHH (Notoatmodjo, 1997)

Lingkungan mempunyai pengaruh dan peranan yang terbesar terhadap derajat kesehatan masyarakat. Lingkungan umumnya digolongkan menjadi dua kategori, yaitu yang berhubungan dengan aspek fisik dan sosial. Lingkungan yang berhubungan dengan aspek fisik contohnya sampah, air, udara, tanah, iklim dan perumahan. Sedangkan lingkungan sosial merupakan hasil interaksi antar manusia seperti kebudayaan, kepercayaan, pendidikan dan ekonomi.

Perilaku merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat atau tidak sehatnya lingkungan, kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Di samping itu, juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, ekonomi dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada diri manusia.

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan terhadap kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas dipengaruhi oleh faktor lokasi, yaitu apakah dapat dijangkau atau tidak.

Bentuk pelayanan kesehatan tidak hanya terbatas pada fasilitas pelayanan saja akan tetapi juga meliputi tenaga kesehatan. Keberadaan tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan, informasi dan motivasi kepada masyarakat untuk mendatangi fasilitas kesehatan.

Keturunan (genetik) merupakan faktor yang telah ada dalam diri manusia yang dibawa sejak lahir, misalnya dari golongan penyakit keturunan seperti diabetes melitus dan asma bronchial. Selain itu, faktor keturunan juga dapat dikaji dari kondisi balita dan ibu hamil. Masa kehamilan dan balita sangat menentukan perkembangan otak anak. Dalam hal ini perilaku ibu memegang peranan penting karena kesehatan balita sangat tergantung oleh ibunya.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini adalah penelitian yang menggunakan data sekunder. Data-data yang digunakan dalam penelitian merupakan data

publikasi instansi terkait yaitu Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Hasil Sensus Penduduk 2010 yang diterbitkan oleh BPS dalam penelitian ini dimanfaatkan untuk memperoleh data jumlah penduduk menurut provinsi tahun 2010. Publikasi data dari BPS yang lainnya juga dimanfaatkan untuk memperoleh data angka harapan hidup (AHH) tahunan, faktor ekonomi, kesehatan dan pendidikan yang digunakan dalam analisis tren dan analisis keruangan. Sementara itu untuk data-data yang terkait dengan variabel lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan diperoleh dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 dan 2011. Hasil riskesdas tersebut dipublikasikan oleh Kemenkes RI dalam bentuk Buku Profil Kesehatan Indonesia.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini ada dua yaitu analisis komparasi keruangan dan analisis regresi linier ganda. Kedua analisis tersebut digunakan untuk menjawab tujuan dalam penelitian ini.

Analisis komparasi keruangan merupakan analisis yang menekankan pada komparasi atau perbandingan antara wilayah satu dengan wilayah lain sehingga memerlukan minimal dua wilayah penelitian (Yunus, 2010). Analisis komparasi keruangan dalam penelitian ini dimanfaatkan untuk menjawab tujuan nomor satu yaitu menjelaskan disparitas spasial angka harapan hidup di Indonesia. Besarnya AHH antar provinsi dibandingkan secara keruangan dan untuk memberikan penjelasannya menggunakan faktor ekonomi, pendidikan dan kesehatan. Untuk mempermudah analisis ini, AHH disajikan dalam bentuk peta. Peta sangat membantu untuk menjelaskan perbandingan AHH antara provinsi secara keruangan.

Tujuan penelitian yang kedua dapat dijawab dengan menggunakan analisis statistik yaitu analisis regresi linier ganda. Analisis regresi linier ganda adalah suatu alat analisis peramalan nilai pengaruh dua variabel bebas (variabel independen) atau lebih terhadap variabel terikat (variabel dependen) untuk membuktikan ada tidaknya hubungan fungsi atau hubungan kausal antara dua variabel bebas atau lebih (variabel lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan) dengan satu variabel terikat (AHH). Analisis regresi

linier ganda hanya dapat dilakukan pada skala data interval dan rasio (Santoso, 2012).

Hasil analisis regresi linier ganda digunakan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Berdasarkan teori Hendrik L. Blum faktor lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Hipotesis tersebut dibuktikan dengan model regresi yang diperoleh dari hasil analisis regresi linier ganda. Variabel yang mempunyai nilai beta ( $\beta$ ) paling besar maka itulah yang paling berpengaruh terhadap AHH.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Angka harapan hidup (AHH) merupakan salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat. Semakin tinggi AHH maka derajat kesehatan masyarakat semakin baik, begitu pula sebaliknya. AHH Indonesia pada tahun 2010 mencapai 69,43 dan hal ini berarti bahwa setiap bayi yang lahir hidup di Indonesia mempunyai harapan untuk bertahan hidup sampai usia 69 tahun.

AHH di Indonesia pada tahun 2010 apabila dilihat menurut provinsi nilainya bervariasi yaitu antara 62,11 sampai dengan 73,22. Variasi AHH di Indonesia menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat Indonesia belum sama. Adanya variasi AHH disebabkan oleh banyak faktor seperti faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Selain itu, kondisi ekonomi, pendidikan dan kesehatan yang mana merupakan kebutuhan dasar setiap manusia juga berpengaruh terhadap besar kecilnya AHH.

Pada tahun 2010 setengah dari jumlah provinsi (17 provinsi) di Indonesia masih mempunyai AHH rendah yaitu berada di bawah standar nasional. Sementara itu, dari 33 provinsi yang ada di Indonesia, 16 provinsi mempunyai AHH tinggi (melebihi standar nasional). Kondisi demikian menunjukkan bahwa setengah masyarakat Indonesia masih mempunyai derajat kesehatan yang rendah.

Provinsi di Indonesia yang mempunyai AHH tertinggi pada tahun 2010 adalah D.I Yogyakarta (73,22); Provinsi DKI Jakarta (73,20) dan Provinsi Sulawesi Utara (72,22). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat pada ketiga provinsi tersebut tergolong baik. Nilai tersebut cukup

baik karena sudah melampaui batas standar AHH untuk kawasan ASEAN yaitu 70 tahun (PRB, World Population Data Sheet 2010).

Tingginya AHH di D.I Yogyakarta, DKI Jakarta dan Sulawesi Utara harus terus ditingkatkan karena jika dibandingkan dengan standar AHH negara-negara maju di dunia nilai tersebut masih di bawah standar. AHH negara-negara maju di dunia mencapai 77 tahun (PRB, World Population Data Sheet 2010). Pemerintah daerah di ketiga provinsi tersebut harus terus melaksanakan pembangunan kesehatan agar derajat kesehatan masyarakat terus meningkat dan dapat setara dengan negara-negara maju.

Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) mempunyai kondisi yang sangat berbeda dengan ketiga provinsi di atas. NTB merupakan provinsi yang mempunyai AHH terendah pada tahun 2010. AHH di NTB hanya berkisar 62,11 dimana angka tersebut terpaut 7 angka dari standar nasional Indonesia. Provinsi yang mempunyai AHH terendah kedua dan ketiga adalah Kalimantan Selatan (63,81) dan Banten (64,90). Rendahnya AHH di ketiga provinsi tersebut mengindikasikan buruknya derajat kesehatan masyarakat.

AHH yang rendah di Provinsi NTB, Kalimantan Selatan dan Banten mengharuskan pemerintah daerah dalam pembangunan kesehatan. Peningkatan pelayanan kesehatan baik secara kuantitas maupun kualitas harus terus ditingkatkan sehingga derajat kesehatan masyarakat menjadi lebih baik. Meskipun AHH di ketiga provinsi tersebut merupakan AHH yang paling buruk di Indonesia akan tetapi apabila dibandingkan dengan standar AHH negara tertinggal angka tersebut masih tergolong tinggi. Standar AHH di negara-negara tertinggal di dunia hanya berkisar 56 tahun (PRB, World Population Data Sheet 2010). Kondisi demikian menunjukkan bahwa AHH terendah di Indonesia masih lebih baik apabila dibandingkan dengan AHH negara-negara tertinggal di dunia.

Distribusi AHH apabila dilihat secara spasial maka akan nampak pada Gambar 1. Peta AHH Penduduk Indonesia Tahun 2010.

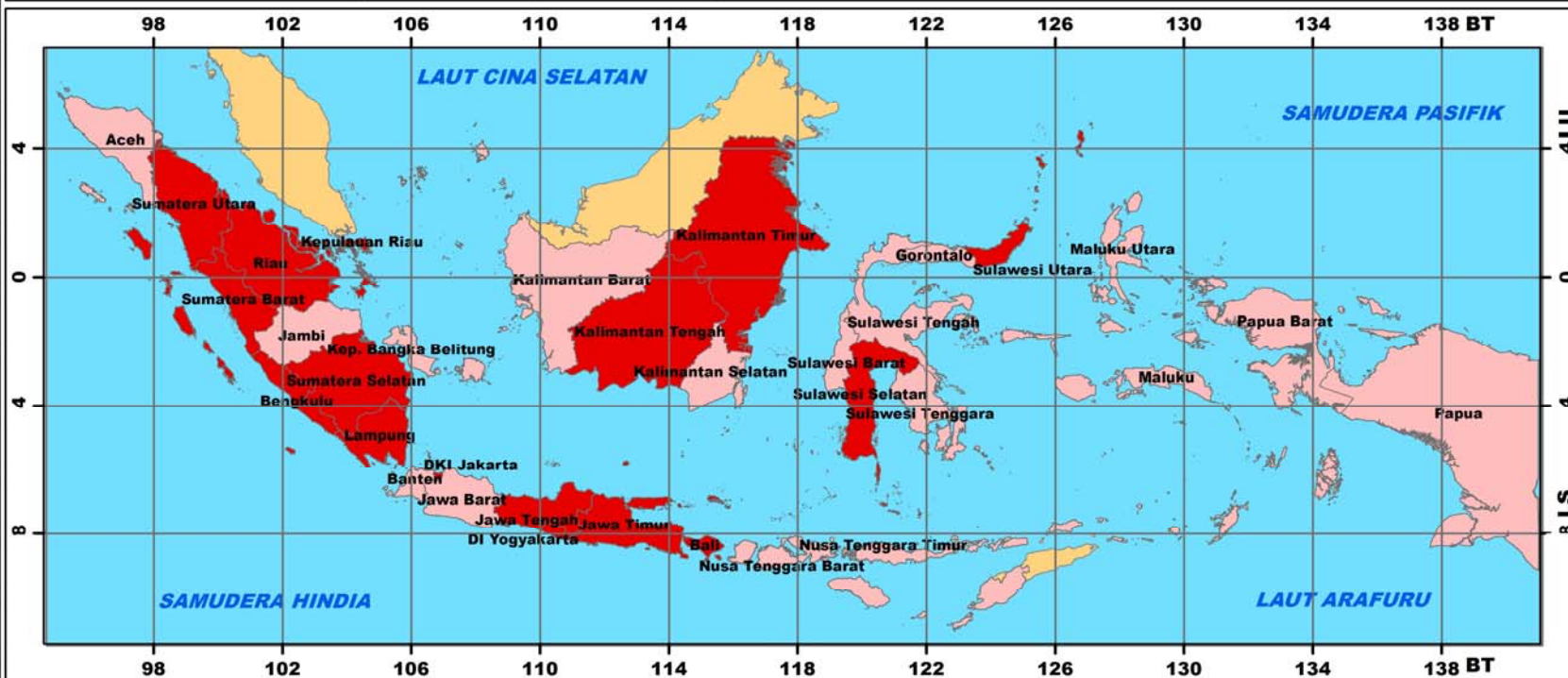
Berdasarkan Gambar 1. diketahui bahwa provinsi yang mempunyai AHH tinggi (di atas standar nasional) sebagian besar berada di wilayah Indonesia bagian barat. Nampak pada peta bahwa sebagian besar wilayah Indonesia bagian barat mempunyai warna merah tua yang menunjukkan AHH tinggi. Sementara itu, untuk wilayah Indonesia bagian timur sebagian besar mempunyai warna merah muda. Hal ini menunjukkan bahwa AHH di wilayah tersebut masih rendah (di bawah standar nasional).

Perbedaan AHH antar provinsi di Indonesia menunjukkan terjadinya perbedaan pembangunan sektor kesehatan. Pembangunan kesehatan di wilayah Indonesia bagian barat lebih maju daripada wilayah Indonesia bagian timur. Topografi wilayah Indonesia bagian barat lebih mendukung apabila dibandingkan dengan wilayah Indonesia bagian timur. Dengan kata lain, wilayah Indonesia bagian barat lebih mudah untuk dijangkau dari pada Indonesia bagian timur. Kondisi geografis ini sangat berpengaruh terhadap jalannya pembangunan di sektor kesehatan.

Aksesibilitas yang mudah di wilayah Indonesia bagian barat memicu pembangunan kesehatan berjalan lebih cepat dari pada Indonesia bagian timur. Sarana dan prasarana transportasi yang memadai menjadi salah satu pendukung keberhasilan pembangunan kesehatan di wilayah Indonesia bagian barat. Selain itu, wilayah Indonesia bagian barat lebih dekat dengan ibukota negara sehingga perkembangan pembangunan lebih mudah dipantau oleh pemerintah pusat.

Wilayah Indonesia bagian timur mempunyai topografi yang lebih bervariasi jika dibandingkan dengan wilayah Indonesia bagian barat. Hal tersebut menyebabkan aksesibilitas wilayah Indonesia bagian timur lebih rendah. Selain itu, sarana dan prasarana transportasi yang menghubungkan antar daerah di wilayah Indonesia bagian timur juga kurang memadai. Kondisi tersebut menyebabkan beberapa daerah yang tidak dapat dijangkau. Dengan demikian jalannya pembangunan sektor kesehatan di wilayah Indonesia bagian timur menjadi lambat.

## Peta Angka Harapan Hidup Penduduk Indonesia Tahun 2010



Skala 1 : 20.000.000

0 125 250 500 750 1.000 Km

### Legenda :

#### Area

- Tubuh Air
- Negara Tetangga

#### Kelas AHH

- Rendah (AHH < 64,93 tahun)
- Tinggi (AHH ≥ 64,93 tahun)

### Sumber :

- Peta Administrasi Digital Indonesia
- Data Angka Harapan Hidup (AHH) Indonesia Tahun 2010

### Sistem Proyeksi :

Universal Transverse Mercator (UTM)  
Datum WGS 1984

### Dibuat Oleh :

Eviana Anggraini  
09 / 285318 / GE / 6698



Fakultas Geografi  
Universitas Gadjah Mada  
Yogyakarta  
2013

AHH Indonesia apabila dilihat dalam kurun waktu tertentu menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Tahun 2005 AHH di Indonesia sebesar 68,10 dan meningkat menjadi 68,50 pada tahun 2006. Tahun 2007 AHH Indonesia meningkat lagi menjadi sebesar 68,70 dan terus meningkat hingga tahun 2010. AHH Indonesia tahun 2008 sampai 2010 adalah sebesar 69,00; 69,21 dan 69,43. Peningkatan AHH Indonesia dari tahun ke tahun mengindikasikan adanya perbaikan kondisi kesehatan sehingga derajat kesehatan masyarakatnya pun meningkat.

AHH setiap provinsi di Indonesia selalu mengalami peningkatan dari tahun 2005 sampai 2010. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan derajat kesehatan masyarakat telah dirasakan oleh masyarakat Indonesia di seluruh provinsi meskipun besarnya tidak sama. Meskipun demikian, pembangunan kesehatan di Indonesia harus terus ditingkatkan agar AHH di Indonesia semakin tinggi. Standar nasional AHH di Indonesia jika dibandingkan dengan standar AHH di ASEAN tergolong masih rendah karena belum mampu melampaui batas standar. Pada tahun 2010 AHH di ASEAN mencapai 70 tahun sedangkan di Indonesia masih 69,43 tahun (PRB, World Population Data Sheet 2010).

Standar nasional AHH di Indonesia pada tahun 2010 tergolong tinggi karena sudah mampu melampaui batas standar AHH negara-negara berkembang di dunia yaitu sebesar 67 tahun. Hal ini menunjukkan sebuah prestasi yang bagus untuk pemerintah Indonesia di sektor kesehatan. Meskipun demikian, pemerintah Indonesia harus terus mengupayakan peningkatan derajat kesehatan masyarakat karena AHH di Indonesia masih tertinggal 8 angka dari standar negara-negara maju di dunia. AHH negara-negara maju di dunia pada tahun 2010 mencapai 77 tahun, sedangkan di Indonesia baru 69,43 tahun.

AHH di Indonesia apabila dilihat menurut provinsi sangat bervariasi nilainya. Selama enam tahun terakhir (2005-2010) AHH Indonesia menurut provinsi cenderung mengalami peningkatan meskipun besarnya tidak sama baik antar daerah maupun antar waktu. Berdasarkan data publikasi dari BPS, di Indonesia terdapat provinsi yang selalu mempunyai AHH di bawah standar nasional

selama tahun 2005-2010. Dari 33 provinsi di Indonesia terdapat 15 provinsi yang mempunyai AHH selalu di bawah standar nasional. Provinsi tersebut adalah Provinsi Aceh, Banten, Jawa Barat, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Barat, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Gorontalo, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

Kondisi AHH yang selalu di bawah standar nasional pada 15 provinsi tersebut selama tahun 2005-2010 menggambarkan bahwa derajat kesehatan masyarakat di ke-15 provinsi masih rendah. Status gizi masyarakat yang rendah dan angka kematian bayi (AKB) yang tinggi menyebabkan rendahnya AHH. Melihat kondisi ini maka pemerintah daerah dan pemerintah pusat perlu bekerja sama untuk merancang program-program yang mampu meningkatkan AHH. Program yang disusun harus relevan dan sesuai dengan kondisi di lapangan.

Peningkatan pelayanan kesehatan perlu dilakukan baik secara kualitas maupun kuantitas. Peningkatan kuantitas pelayanan kesehatan yang dimaksudkan adalah dengan meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Penambahan jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan tersebut juga harus diikuti dengan distribusi yang merata dan juga peningkatan kualitas layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang berkualitas akan menyebabkan kesehatan masyarakat semakin baik.

Keberhasilan pembangunan sektor kesehatan di Indonesia sangat bervariasi antar daerah. Di satu sisi terdapat provinsi yang mempunyai AHH di bawah standar nasional selama tahun 2005-2010, akan tetapi disisi lain terdapat provinsi yang selalu mempunyai AHH sama dengan dan/ atau di atas standar nasional. Provinsi tersebut adalah Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, Bengkulu, DKI Jakarta, Jawa Tengah, D.I. Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara dan Sulawesi Selatan.

Nilai AHH yang selalu sama dengan dan/ atau melebihi batas standar nasional selama enam tahun berturut-turut menunjukkan bahwa kondisi kesehatan pada daerah tersebut sangat baik. Program-program yang



dilaksanakan oleh pemerintah daerah berhasil mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini perlu dicontoh oleh provinsi-provinsi yang mempunyai AHH di bawah standar nasional sehingga pada tahun-tahun selanjutnya AHH dapat meningkat lebih tinggi dan melampaui batas standar nasional Indonesia.

Pembangunan sektor kesehatan yang paling nampak hasilnya di Indonesia adalah pembangunan yang dilakukan oleh Provinsi Lampung. Provinsi Lampung pada awalnya mempunyai AHH di bawah standar nasional dan kemudian dapat terus meningkatkan hingga nilainya sama dengan standar nasional, bahkan melampauinya. AHH Provinsi Lampung pada tahun 2005 di bawah standar nasional Indonesia namun kemudian dapat terus meningkat sehingga AHH-nya sama dengan dan/ atau melebihi standar nasional Indonesia pada tahun 2006 sampai 2010.

Peningkatan AHH di Provinsi Lampung mengindikasikan bahwa upaya-upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah berhasil. Hal ini perlu dijadikan contoh oleh provinsi-provinsi lain di Indonesia. Peningkatan AHH di Provinsi Lampung didukung oleh penurunan AKB dan peningkatan status gizi masyarakat. Selain itu, peningkatan AHH juga dipicu oleh penurunan angka morbiditas dan mortalitas. Kondisi ini dapat dicapai karena kontribusi program imunisasi, perbaikan gizi, pencegahan diare, perbaikan kesehatan lingkungan, peningkatan sarana dan prasarana kesehatan kepada masyarakat. Hal tersebut dilakukan oleh pemerintah Provinsi Lampung demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Kondisi yang berlawanan dengan Provinsi Lampung dialami oleh Kepulauan Bangka Belitung dan Provinsi Jambi. Pembangunan kesehatan di kedua provinsi tersebut cenderung mengalami penurunan. AHH di kedua provinsi tersebut pada awalnya tinggi (sama dengan atau melebihi standar nasional) akan tetapi kemudian menjadi rendah (di bawah standar nasional).

Perubahan kelas AHH dari tinggi ke rendah di Kepulauan Bangka Belitung dan Provinsi Jambi menunjukkan bahwa besarnya peningkatan AHH kedua provinsi tersebut lebih kecil daripada peningkatan AHH nasional. Hal

ini dapat terjadi karena AKB di kedua provinsi tersebut cenderung meningkat. Peningkatan AKB akan berdampak pada penurunan AHH. Peningkatan AKB di Kepulauan Bangka Belitung salah satunya disebabkan oleh pelaporan data yang semakin lengkap. Pada tahun-tahun sebelumnya masih banyak kasus kematian bayi yang tidak dilaporkan kepada pemerintah sehingga AKB rendah.

Peningkatan kesadaran masyarakat dan tenaga kesehatan akan pentingnya pelaporan kematian menyebabkan data AKB di Kepulauan Bangka Belitung semakin akurat. Kualitas data mortalitas menjadi semakin baik dari tahun ke tahun. Dengan adanya data yang akurat maka pemerintah daerah Kepulauan Bangka Belitung akan semakin mudah dalam menyusun program peningkatan kesehatan.

Berbeda dengan Kepulauan Bangka Belitung, perubahan kelas AHH Provinsi Jambi tidak disebabkan oleh masalah pelaporan kasus kematian melainkan masalah distribusi fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan di Provinsi Jambi masih terkonsentrasi di Kota Jambi. Sebagian besar fasilitas kesehatan berada di Kota Jambi dan hanya sedikit yang tersebar di daerah lain. Kondisi ini menyebabkan tidak semua masyarakat Provinsi Jambi dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah.

Penduduk Provinsi Jambi yang tinggal di daerah terpencil sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan. Dengan demikian ketika mereka mengalami morbiditas penanganan yang dilakukan hanya sekadarnya dan belum tentu sesuai dengan prosedur yang benar. Kondisi tersebut menyebabkan derajat kesehatan di Provinsi Jambi menjadi rendah dan peningkatannya tidak signifikan.

Berdasarkan kasus di atas maka sudah menjadi tugas dari pemerintah daerah Provinsi Jambi untuk terus meningkatkan distribusi pelayanan kesehatan. Distribusi pelayanan kesehatan yang merata dan diikuti dengan peningkatan kualitas pelayanan diharapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Jambi. Dengan demikian AHH di Provinsi Jambi dapat terus meningkat dan dapat melampaui batas standar nasional Indonesia.

Analisis regresi banyak digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Hubungan antara variabel AHH (dependen) dan variabel



lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan (independen) diuji menggunakan analisis regresi linier ganda. Hasil analisis regresi dapat menjawab hipotesis dalam penelitian ini. Hipotesis awal penelitian mengatakan bahwa variabel lingkungan merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap AHH di Indonesia.

Nilai variabel lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan merupakan hasil komposit dari beberapa indikator. Indikator yang dipilih adalah indikator-indikator yang dianggap dapat mewakili masing-masing variabel. Variabel lingkungan tersusun atas 5 indikator, perilaku 4 indikator, pelayanan kesehatan 4 indikator dan keturunan 8 indikator.

Hasil analisis regresi yang akurat dapat diperoleh apabila sebelumnya dilakukan uji beberapa asumsi. Uji asumsi tersebut meliputi uji normalitas, multikolinieritas, homoskedastisitas dan autokorelasi. Dalam penelitian ini sebelum dilakukan analisis regresi telah dilakukan uji keempat asumsi tersebut agar hasil yang diperoleh lebih akurat. Hasil uji asumsi menunjukkan bahwa data yang digunakan dalam analisis regresi terdistribusi normal dan tidak mengalami permasalahan multikolinieritas, homoskedastisitas dan autokorelasi. Dengan demikian hasil dari analisis regresi cukup akurat.

Berdasarkan hasil output olah data menggunakan SPSS diketahui bahwa model regresi angka harapan hidup (AHH) di Indonesia pada tahun 2010 adalah sebagai berikut.

$$\text{AHH} = 51,229 + 0,408 \text{ Lingkungan} + 0,176 \text{ Perilaku} + 0,254 \text{ Yankes} + 0,278 \text{ Keturunan}$$

Hasil menunjukkan bahwa variabel lingkungan merupakan variabel yang mempunyai nilai beta paling besar yaitu sebesar 0,408. Hal ini berarti bahwa variabel lingkungan merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap angka harapan hidup di Indonesia pada tahun 2010. Setiap kenaikan satu nilai variabel lingkungan akan meningkatkan AHH sebesar 0,408. Hasil yang diperoleh ini membuktikan bahwa hipotesis penelitian yang menyatakan variabel

lingkungan merupakan variabel yang paling berpengaruh telah terbukti.

Tabel 1. Hasil Analisis Regresi Linier Ganda

Model	Coefficients <sup>a</sup>				
	Unstandardized Coefficients		Std. Coef	t	Sig.
	B	Std. Error			
1 (Constant)	51.229	1.125		45.529	.000
Lingkungan	.025	.005	.408	4.541	.000
Perilaku	.012	.006	.176	2.109	.044
Yankes	.007	.002	.254	4.257	.000
Keturunan	.012	.003	.278	3.806	.001

Dependent Variabel: AHH

Sumber: Hasil Olah Data (Eviana, 2013)

Berdasarkan model regresi di atas diketahui bahwa variabel lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan memberikan pengaruh yang berbeda terhadap AHH. Setiap kenaikan satu nilai variabel lingkungan akan meningkatkan AHH sebesar 0,408. Sementara itu, setiap kenaikan satu nilai variabel perilaku akan meningkatkan AHH sebesar 0,176 dan kenaikan satu nilai variabel pelayanan kesehatan akan meningkatkan AHH di Indonesia sebesar 0,254. AHH akan meningkat 0,278 apabila terjadi kenaikan satu nilai variabel keturunan.

Peningkatan AHH di Indonesia sangat efektif dilakukan dengan meningkatkan variabel lingkungan karena variabel tersebut merupakan variabel yang paling berpengaruh. Dalam hal ini, peningkatan variabel lingkungan dapat dilakukan dengan meningkatkan indikator-indikator yang menyusun variabel lingkungan. Indikator tersebut meliputi persentase rumah tangga dengan kualitas fisik air minum baik, rumah tangga yang mempunyai akses baik terhadap sumber air minum berkualitas, rumah tangga yang mempunyai akses pembuangan tinja layak sesuai MDGs, rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki septik dan SPAL dan rumah tangga dengan kriteria rumah sehat.

Tabel 2. Nilai Korelasi Indikator Penyusun Variabel Lingkungan

No	Indikator	Nilai Korelasi
1	Kualitas fisik air minum baik	0,645
2	Akses baik terhadap sumber air minum berkualitas	0,709
3	Pembuangan tinja layak MDGs	0,917
4	Pembuangan akhir tinja (SPAL dan Tangki Septik)	0,915
5	Rumah tangga sehat	0,547

Sumber: Hasil Olah Data (Eviana, 2013)

Berdasarkan tabel 2. yang disajikan dapat diketahui bahwa indikator yang paling besar korelasinya terhadap variabel lingkungan adalah pembuangan tinja layak MDGs (0,917). Indikator tersebut nilai korelasinya tidak jauh berbeda dengan indikator pembuangan akhir tinja pada SPAL dan tangki septik (0,915). Fakta ini menunjukkan bahwa indikator sanitasi merupakan indikator yang berpengaruh besar terhadap nilai variabel lingkungan.

Peningkatan AHH di Indonesia dapat dilakukan dengan cepat apabila pemerintah membuat program yang terkait dengan sanitasi dasar. Perbaikan sanitasi dasar pada setiap rumah tangga di Indonesia akan meningkatkan nilai variabel lingkungan dan pada akhirnya akan berdampak pada AHH yang tinggi. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah perlu bekerja sama dalam menyusun program perbaikan sanitasi dasar. Selain itu, peran aktif dan kesadaran dari masyarakat juga sangat diperlukan demi kelancaran pelaksanaan program yang dibuat oleh pemerintah.

## KESIMPULAN

Berdasarkan analisis dan uraian yang telah dilakukan dalam penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Angka harapan hidup menurut provinsi di Indonesia pada tahun 2010 nilainya bervariasi. Wilayah Indonesia bagian barat cenderung mempunyai angka harapan hidup di atas standar nasional sedangkan untuk

wilayah Indonesia bagian timur cenderung di bawah standar nasional. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap variasi AHH di Indonesia termasuk kondisi ekonomi, pendidikan dan kesehatan.

2. Faktor lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap angka harapan hidup di Indonesia pada tahun 2010. Nilai beta ( $\beta$ ) variabel lingkungan paling tinggi diantara variabel lainnya yaitu sebesar 0,408 dan berarti bahwa setiap kenaikan satu nilai variabel lingkungan akan meningkatkan angka harapan hidup sebesar 0,408 tahun.

## DAFTAR PUSTAKA

- BPS. (2011a) . *Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 2010*. Jakarta : BPS.
- Notoatmodjo, S. (1997) . *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Population Reference Bureau. (2008) . *2008 World Population Data Sheet*. Washington DC : Population Reference Bureau Inc.
- Population Reference Bureau. (2009) . *2009 World Population Data Sheet*. Washington DC : Population Reference Bureau Inc.
- Population Reference Bureau. (2010) . *2010 World Population Data Sheet*. Washington DC : Population Reference Bureau Inc.
- Santoso, S. (2012) . *Aplikasi SPSS pada Statistik Parametrik*. Jakarta : PT Alex Media Komputindo.
- Yunus, H.S. (2009) . *Metode Penelitian Wilayah Kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.